

TRAITEMENT

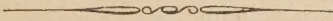
N° 53



DES

GANGRÈNES SPONTANÉES

DES MEMBRES INFÉRIEURS



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 15 MAI 1891

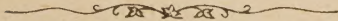
PAR

Henri HENRY

Né à Châlons-sur-Saône (Saône-et-Loire)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(Hamelin Frères)

—
1891

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN (*). DOYEN
BERTIN-SANS ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (*).
Chimie médicale et pharmacie	ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)	
Hygiène	BERTIN-SANS.
Clinique médicale	CASTAN (*).
Clinique médicale	GRASSET.
Physiologie	LANNEGRACE.
Id. HÉDON (Ch. de c.)	
Clinique chirurgicale	TÉDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (*).
Anatomie	PAULET (O. *.*).
Pathologie interne	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Pathologie externe (Ch. de cours)	ESTOR.
Opérations et appareils (Ch. de cours)	FORGUE.

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. *.*).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. *.*).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des vieillards	MM. N..., agrégé.
Histologie	BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants	BAUMEL, agrégé.
Clinique annexe ophthalmologique	TRUC, agrégé.
Accouchements	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. SERRE	MM. VILLE	MM. BROUSSE
DE GIRARD	FORGUE	SARDA
REGIMBEAU *	TRUC	ESTOR
BLAISE	GERBAUD	HEDON
BAUMEL	GILIS	LECERCLE

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. DUBRUEIL, <i>président</i> (*).	MM. TRUC, agrégé.
GRYNFELTT, professeur.	SARDA, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

H. HENRY.

A TOUS MES PARENTS

H. HENRY.

A MES MAITRES DE LA MARINE

H. HENRY.

A MES AMIS ET CAMARADES

DE LA MARINE

H. HENRY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUBRUEIL

Chevalier de la Légion d'honneur.

H. HENRY.

A TOUS MES AMIS

H. HENRY.

INTRODUCTION

Dans une de ses séances du mois de janvier dernier, la Société de chirurgie a mis à l'ordre du jour une opération fort intéressante. Nous voulons parler du traitement des gangrènes spontanées. Nous avons cru faire un travail utile en étudiant ce sujet et en le prenant pour titre de notre thèse inaugurale. A l'étranger, en Angleterre, en Allemagne, en Italie, les chirurgiens se sont spécialement préoccupés depuis plusieurs années de l'intervention dans les gangrènes spontanées. Il y a aussi en France des travaux spéciaux sur ces affections, mais elles ont été étudiées surtout au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie. L'étude du traitement n'est pas secondaire, et les chirurgiens sont bien divisés sur l'opportunité et sur le moment de l'intervention chirurgicale.

Nous essayerons dans ce modeste travail, au moyen des documents que nous avons pu recueillir et des observations récentes qu'on a bien voulu nous communiquer, de fixer un point encore incertain de la clinique chirurgicale.

Que nos Juges veuillent bien nous accorder toute leur bienveillance, si notre travail ne répond pas à l'importance d'un sujet qui demandait, pour être traité, une plus haute compétence et un temps beaucoup plus long que celui que nous

avons pu y consacrer. Nous nous estimerons heureux si nous parvenons à attirer l'attention du monde scientifique sur un sujet aussi intéressant.

Nous commençons notre travail par un aperçu historique sur les gangrènes et le traitement qu'on a pu employer. Nous parlerons brièvement de l'étiologie et de la pathogénie pour en arriver ensuite au fond de notre sujet, le traitement.

Que M. le professeur agrégé Forgue veuille bien recevoir ici tous nos remerciements pour les observations et les planches qu'il a bien voulu nous communiquer.

Tous nos remerciements aussi à M. le professeur Dubrueil, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

TRAITEMENT
DES
GANGRÈNES SPONTANÉES
DES MEMBRES INFÉRIEURS

APERÇU HISTORIQUE

Il est aisé de se convaincre, en parcourant les annales de la médecine, que nos ancêtres possédèrent de bonne heure des notions non équivoques sur la gangrène des membres, et l'étiologie de cette maladie n'en décèle pas moins en germe quelques-unes des idées de la doctrine moderne (1).

« En ce qui concerne les moyens destinés à combattre le mal, l'amputation des membres, déjà en vigueur à une époque très reculée, ne fut guère employée avant le XV^e siècle, que pour mettre fin aux terribles désordres occasionnés par la gangrène. C'était là une ressource ultime et suprême à laquelle on ne dut vraisemblablement recourir que dans des circonstances désespérées, puisque, au dire de Celse, la plupart des

(1) Docteur Bouillet, de Béziers (*Montpellier médical*, 1886). *Étude sur les gangrènes.*

malades succombaient à l'hémorrhagie pendant l'acte opératoire. »

Hippocrate déclare qu'il faut amputer « ce qui est pourri. » Il s'applique encore à tracer les règles qui doivent guider l'opération en pareille occurrence. Il dit qu'il faut retrancher de l'articulation ce qui est en dessous des limites de la noirceur, mais se garder de blesser les parties vives, de peur que la douleur n'amène une lipothymie qui pourrait occasionner une mort immédiate, en même temps que des gangrènes occasionnées par des causes externes. Hippocrate s'occupe aussi « des gangrènes très étendues que les moindres causes faisaient naître et qui détruisaient les chairs, les ligaments et les os; des membres entiers tombaient de cette façon. »

Celse est partisan de l'amputation, qu'il appelle toutefois un remède déplorable, et qu'il ne faut employer que lorsque tous les secours sont inutiles et pour sauver le reste du corps. Il veut qu'on coupe avec le bistouri, jusqu'à l'os, entre le mort et le vif, et qu'on emporte plutôt de la partie saine que de laisser de celle qui est gangrenée.

Ici, Celse n'est plus du même avis qu'Hippocrate; le premier est d'avis qu'on se rapproche du vif et le second voulait qu'on s'en éloigne.

Plus tard, Fabrice d'Aquapendente coupe les membres sphacelés, jusqu'à l'os; il laisse néanmoins un travers de doigt de ce qui est corrompu, il scie l'os et brûle au fer rouge cette partie gangrenée. Ce mode opératoire, il l'emploie dans les gangrènes produites par des traumatismes aussi bien que dans la gangrène provenant « du froid, de la chaleur étrangère, du défaut d'aliments, de la transpiration empêchée et des humeurs vénéneuses. »

Fabrice de Helden, à qui l'on doit le premier traité dogmatique sur la gangrène, rejette absolument, au dire de Haller, l'amputation dans les parties mortes.

Au milieu du siècle dernier, Quesnay recommande, dans certains cas spéciaux, les incisions multiples, les scarifications plus ou moins profondes dans les parties atteintes ; il donne le précepte suivant : « Faciliter la séparation des parties mortes d'avec les parties vives, si la gangrène est limitée ; amputer dans le cas au contraire où elle a envahi tout un membre. » Plus tard, des découvertes successives viennent éclairer la genèse de la gangrène.

« Au contact de ces découvertes, dit le docteur Bouillet, le traitement se modifie. Plus l'influence des causes internes a été rendue évidente, et plus aussi la tendance vers l'expectation chirurgicale s'est accentuée. La raison en est facile à saisir, car, si le mal puise sa source dans des conditions organiques, comment y remédier même par une amputation dans les parties saines ? L'étiologie et la pathogénie bien comprises, ajoute-t-il, restent la meilleure base d'un traitement rationnel. »

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Nous allons envisager, au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie de l'affection qui nous occupe, quelles sont les causes qui, dans le paludisme, dans le diabète chez les séniles, dans la fièvre typhoïde, dans les affections du système nerveux, contribuent le plus souvent à provoquer la gangrène spontanée.

OBSTACLES AU COURS RÉGULIER DU SANG

En première ligne, nous pouvons citer les obstacles au cours régulier du sang. Le sang sert en effet d'intermédiaire aux échanges multiples qui entretiennent la vie des tissus ; aussi toute influence qui s'attaquera à la circulation sanguine peut-elle être une cause de gangrène, pourvu toutefois que cette influence ait une certaine durée. Artères, veines, cœurs, telles sont les trois choses qui, au point de vue de la circulation sanguine, doivent nous arrêter tout d'abord.

ARTÈRES

Deux cas peuvent se présenter : il y a lésion des parois vasculaires, endartérite par exemple, ou bien il n'y a pas de lésion, et c'est alors par embolie ou par thrombose qu'il peut y avoir obstacle au cours régulier du sang. Certes, il serait oiseux de croire que, dans ces deux cas, il dût y avoir forcée-

ment gangrène ; non, mais ce sont certainement des causes prédisposantes dans certains cas et fatales dans ceux où la circulation collatérale ne peut suppléer au défaut de nutrition (dans les cas d'athérome par exemple), dans ceux où le cœur se trouve insuffisamment musclé et innervé, dans ceux enfin où les tissus possèdent une résistance insuffisante pour leur permettre de supporter les frais d'une anémie dont la durée aura été assez longue. Dans l'endartérite, il y a altération des parois vasculaires ; suivant la gravité de ces altérations, le calibre du vaisseau sera plus ou moins rétréci, et plus ou moins grandes seront les chances de voir survenir la gangrène spontanée.

VEINES

La gangrène produite par interruption du cours du sang dans ces vaisseaux est des plus rares, si l'on songe que le retour du sang aux membres est assuré par deux ordres de vaisseaux, les uns superficiels et les autres profonds.

COEUR

C'est une des rares mais des plus graves complications des maladies du cœur. Deux circonstances différentes peuvent provoquer la gangrène spontanée des membres :

1° L'embolie. La gangrène apparaît alors pendant l'état aigu ou chronique d'une phlegmasie de l'endocarde ; le mécanisme en est assez connu pour qu'il soit utile d'y insister dans ce travail ;

2° La gangrène survient pendant l'état cachectique, consécutif à des affections cardiaques, et elle est d'autant plus redoutable qu'elle frappe des membres oedématiés dont la vitalité, par suite, est considérablement diminuée.

ALTÉRATION DU LIQUIDE NOURRICIER

Mais si les obstacles au cours régulier du sang peuvent suffire à expliquer la gangrène spontanée des membres inférieurs, il faut bien reconnaître qu'ils n'en sont pas la seule cause, et que les altérations du liquide nourricier lui-même doivent être envisagées comme causes du sphacèle. Du reste, ce n'est qu'un corollaire obligé de notre première partie. Contenant et contenu sont deux choses qui se touchent de si près qu'il semble difficile d'accorder des influences sur le développement de la gangrène spontanée à celui qui ne fait que transmettre aux tissus le liquide qui doit les nourrir.

Ces altérations du sang peuvent être de deux ordres :

- 1° Altérations d'ordre chimique ;
- 2° Altérations par les substances végétales ;
- 3° Altérations par pénétration dans le fluide sanguin d'un miasme toxique ;
- 4° Altérations cachectiques.

ALTÉRATIONS D'ORDRE CHIMIQUE

A. — Une des premières altérations, et certes des plus importantes, dont l'influence se fasse le plus sentir sur la production de la gangrène, est sans contredit la présence du sucre en excès dans le sang.

On a invoqué différentes théories pour expliquer les cas de gangrène dans le diabète. Pour Kirchenmeister, la suppuration gangréneuse jouerait le rôle d'émonctoire vis-à-vis du sucre. Cette théorie est certainement hypothétique. Comment expliquer alors qu'il n'y ait qu'un ou plusieurs membres d'atteints ? Marchal croit que la présence du sucre donne lieu à

une inflammation de la tunique interne des vaisseaux, il y aurait artérite. L'anatomie pathologique prouve aujourd'hui que l'artérite n'accompagne pas toujours la gangrène glycoemique. Pour Cruveilhier, le sucre agirait par épuisement, comme une cachexie quelconque. L'opinion actuellement admise est celle de Demarquay et de Ladevèze : la présence du sucre dans le sang donnerait lieu à un état général mauvais, et sous son influence des lésions qui, chez des individus sains, n'auraient aucune importance, chez des sujets diabétiques, détermineraient la gangrène spontanée. Mais il faut une incitation quelconque pour que la gangrène se manifeste. Ces incitations seront un coup, une chute, une morsure, l'alcoolisme et la maladie.

B. — L'albuminurie peut aussi faire naître la gangrène spontanée ; c'est Kayser qui, le premier, a mis cette question en lumière ; elle agirait comme le sucre par altération nutritive profonde, et aurait besoin des mêmes incitations.

ALTÉRATIONS PAR LES SUBSTANCES VÉGÉTALES

L'ingestion de seigle ergoté peut provoquer des gangrènes spontanées ; les exemples en sont aujourd'hui nombreux et n'en sont plus discutés. Le seigle agirait en contractant les fibres musculaires de la tunique moyenne des artères, en diminuerait le calibre, augmenterait par suite la tension du système central ; par suite, ischémie des parties périphériques des membres, et enfin la suite des accidents.

ALTÉRATIONS PAR PÉNÉTRATION DANS LE FLUIDE SANGUIN D'UN MIASME TOXIQUE

Les gangrènes spontanées qui se rencontrent pendant la durée de certaines pyrexies, comme la fièvre typhoïde, le

typhus, etc., sont considérées actuellement comme causées par la pénétration dans le fluide sanguin d'un miasme toxique.

La gangrène typhoïde occupe ou tout un membre ou partie de ce membre. Les causes en sont inconnues, mais elle semble résister dans l'intimité même des tissus. C'est surtout chez les malades jeunes qu'elle apparaît de quinze à trente ans ; le sexe masculin y est plus prédisposé que le sexe féminin ; enfin les membres inférieurs en sont plus souvent affectés que les membres supérieurs. Du reste, il nous suffira de dire, avec M. le professeur Potain, que « c'est en général au déclin de la maladie, quelquefois pendant la convalescence, que l'on voit se produire cette sorte de gangrène. Ce sont chez les malades jeunes que l'on voit apparaître ces accidents. C'est dans les formes graves et surtout la forme adynamique qu'on l'observe. Les cas sont rarement isolés ; il s'en présente un certain nombre dans une même épidémie. Les membres, et surtout les membres inférieurs, sont les plus souvent affectés. Ordinairement unilatérale, la gangrène peut être double. »

Et plus loin : « C'est en général à l'extrémité des membres, principalement aux orteils, que débute la mortification. »

Dans le typhus, les gangrènes sont identiques à celles de la fièvre typhoïde.

Depuis longtemps, on a aussi remarqué la coexistence de la gangrène et du paludisme chez les paludiques ; ce sont les phénomènes d'ischémie et d'asphyxie locale qui prédisposent d'une façon incontestable, par ce seul motif qu'il existe des cas de sphacèle imputables à l'affection tellurique, lesquels cas méritent bien la dénomination de gangrènes palustres. De plus, d'après M. le professeur Verneuil, la gangrène palustre nécessite l'association de plusieurs facteurs, altérations du liquide nourricier, modifications circulatoires et lésions histologiques.

ALTÉRATIONS CACHECTIQUES

Nous avons vu que les altérations du liquide nourricier pouvaient avoir une influence manifeste sur le développement des gangrènes spontanées; aussi est-il facile de comprendre le rôle que la cachexie peut jouer dans ce genre d'affections.

En ce qui regarde les vaisseaux du sang noir, les thromboses et la *phlegmatia alba dolens* ne sont-elles pas, en effet, des complications fréquentes de la cachexie? M. Beni, dans une thèse de 1867, sur quelques points de la gangrène spontanée, a même montré que les coagula peuvent se former dans l'intérieur des artères, sans qu'il y ait de lésions appréciables des tuniques artérielles, et pour lui ce serait uniquement à l'état du fluide sanguin qu'il faudrait attribuer les formations de ces coagula.

INFLUENCE DU SYSTÈME NERVEUX

L'influence du système nerveux sur le développement de la gangrène spontanée est indiscutable. Deux opinions sont en présence pour expliquer ce fait. Les uns soutiennent qu'il existe des nerfs trophiques qui auraient une action directe, immédiate, sur les fonctions nutritives. Les autres prétendent que les troubles de l'innervation vaso-motrice peuvent seuls amener la gangrène.

Nous ne voulons pas insister dans ce travail sur les longues discussions qui eurent lieu à l'occasion des nerfs trophiques; qu'il nous suffise de dire que, dans l'état actuel de la science, rien n'autorise à croire qu'il y ait une catégorie de nerfs dont l'abolition suffise à provoquer la gangrène; que ces lésions nerveuses, par suite de l'affaiblissement qu'elles communiquent à la vitalité des tissus, constituent une prédispo-

sition à la gangrène, rien d'impossible ; encore faut-il une circonstance pour qu'elle se développe, un coup, une chute, une pression trop forte, exercée sur la partie atteinte.

Du reste, ne pourrait-on pas, à juste titre, imputer aux vaso-moteurs les phénomènes que l'on observe à la suite d'une section nerveuse portant sur un de ces nerfs trophiques ? Tout nerf sensitif moteur ou mixte renferme toujours des filets vaso-moteurs ; quant à la gangrène occasionnée par les troubles de l'innervation vaso-motrice, on peut répondre affirmativement. La gangrène symétrique des deux extrémités en est un exemple typique. Plus fréquente chez la femme que chez l'homme, chez l'adulte que chez les vieillards en hiver, qu'en été, on la trouve dans les fièvres intermittentes, dans la fièvre palustre, on l'a même constatée chez un malade atteint de néphrite chronique, il faut en chercher la cause dans les troubles vasculaires provoqués par des lésions de vaso-moteurs, qui tiennent sous leur dépendance la contractilité artérielle. Pourquoi cette gangrène se porte-t-elle aux extrémités ? M. Raynaud (1) invoque deux causes : d'abord le manque d'un afflux chaud, et en second lieu un rayonnement puissant, capable de faire perdre le calorique ; or les extrémités sont les parties qui offrent la plus grande surface, par rapport à leur volume : ce sera donc dans les extrémités que le rayonnement sera le plus considérable ; c'est là que la perte de calorique se fera le plus sentir, et ce sera là que la gangrène se déclarera.

(1) M. Raynaud (article GANGRÈNE du *Dictionnaire des sciences encyclopédiques*.)

TRAITEMENT

« Le terme de gangrène, dit le Dr Bouillet, étant synonyme de mortification, il peut paraître au premier abord paradoxal d'instituer un traitement en vue de sauvegarder ce qui a cessé de vivre; si chaque élément, si chaque cellule vivante, en dehors des liens intimes et indéniables qui l'unissent aux autres éléments congénères pour constituer avec eux un tout harmonique et merveilleusement homogène ne possédait point aussi une autonomie propre et une individualité distincte qui permette à toute cause de mort, à toute influence léthifère, de borner et localiser son action destructrice à une région plus ou moins étendue sans aucun doute, mais à laquelle il est possible, en définitive, de reconnaître certaines limites. »

Il ne s'agit donc pas de ressusciter ce qui est mort, mais de prévenir autant que possible la mort des éléments. Le médecin doit, en outre, aider la nature à éliminer les parties gangrenées, et son intervention doit être subordonnée, ainsi que nous l'établirons plus loin, à l'apparition de la ligne de démarcation qui s'établit dans le membre entre les parties mortifiées et les parties vivantes.

Dès le début des accidents de la gangrène, le seul traitement rationnel est le traitement prophylactique. Bien que paraissant dénuée de précision, la prophylaxie chirurgicale de la gangrène a néanmoins certaines règles. On n'a qu'à se conformer au groupe déterminé d'indication pour éviter des accidents déplorables.

Depuis quelques années, l'antisepsie chirurgicale a fait de tels progrès que l'on peut aborder sans crainte les opérations

les plus délicates. Grâce aux nouvelles découvertes de Pasteur, les pansements antiseptiques ont pris une extension considérable, et malgré de nombreuses contestations ils ont gardé la plus grande place dans le domaine chirurgical. Nous sommes donc autorisé, au début des accidents gangréneux, à considérer ces pansements comme le meilleur traitement.

Dans une séance de la Société de chirurgie du mois de janvier dernier, M. Reclus a proposé un procédé d'embaumement pour les membres atteints de gangrène. Ce procédé consiste à envelopper le membre dans des compresses antiseptiques et le recouvrir de poudres absorbantes. M. Reclus emploie ce procédé dans toutes les gangrènes, soit traumatiques, soit spontanées. Pour M. Quénu, on doit embaumer les membres atteints de gangrène sèche, mais non ceux atteints de gangrène humide. M. Quénu ne donne pas les raisons pour lesquelles il fait cette distinction, mais il nous semble que des compresses antiseptiques, recouvrant un membre atteint de gangrène humide, doivent prévenir toute infection septicémique, et qu'on peut être autorisé à faire l'embaumement pour l'une et l'autre gangrène.

Nous devons à l'extrême obligeance de M. le professeur agrégé Forgue une observation fort intéressante dans laquelle nous voyons qu'un membre atteint de gangrène sèche fut enveloppé d'une épaisse couche de ouate. Ce seul traitement suffit; on trouva un matin, dans le pansement, la peau de la région plantaire complètement détachée. Le malade guérit parfaitement; à la suite de quelques greffes épidermiques faites à la plante du pied, toute la région se cicatrisa. Le membre mortifié reprit sa vitalité. Nous publions une observation analogue d'un individu atteint de gangrène des deux pieds. Un pansement plus compliqué enveloppait les deux jambes. Dans ce cas, ce fut le pied qui se détacha complètement et qui fut trouvé dans les pièces du pansement. Nous

adoptons entièrement les idées de M. Forgue au point de vue du traitement prophylactique. Le refroidissement, l'anesthésie des membres, provoqués, soit par des troubles de la circulation, soit par des altérations du sang, soit par la perturbation du système nerveux, sont les signes qui précèdent généralement l'apparition de la gangrène. Entretenir la chaleur dans un membre qui tend à se refroidir, chercher à augmenter les battements artériels qui diminuent, tel est le but que l'on se propose par l'usage constant d'une couche de ouate autour du membre affecté.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Nous nous sommes occupé de la conduite que doit tenir le médecin au début de l'apparition de la gangrène. Lorsque un membre présente les signes précurseurs de la maladie, c'est-à-dire des douleurs, du refroidissement, de l'anesthésie, une coloration violacée ou noirâtre, le rôle du praticien est tout entier dans l'expectative au point de vue du traitement local, comme nous venons de le voir ; les pansements antiseptiques, les lotions phéniquées, et surtout l'usage d'une épaisse couche de ouate enveloppant le membre malade.

En second lieu, le médecin doit s'appliquer à soutenir les forces du malade. La gangrène apparaît généralement au cours d'une maladie lorsque la nutrition commence à s'affaiblir, lorsque le sujet est parfois profondément débilité par la maladie antérieure, ainsi qu'il arrive dans la fièvre typhoïde, dans le diabète, dans l'impaludisme, dans les fièvres éruptives, etc. Dans ce cas, les toniques, une alimentation bien réglée, aideront le malade à supporter plus tard les frais d'une élimination spontanée du membre gangrené ou de la suppression de ce membre par une intervention chirurgicale.

Nous en arrivons maintenant au traitement de la gangrène confirmée. Une fois le travail de mortification établi, il s'étend lentement vers la racine du membre, en gagnant en même temps en profondeur, jusqu'à ce qu'il se fasse une ligne de démarcation entre les parties saines et les parties sphacélées ; ce travail peut exiger quelquefois plusieurs mois. Alors on voit tout un segment du membre momifié tomber spontanément.

ment, ou bien le chirurgien n'a à intervenir que pour régulariser quelques lambeaux, pour scier un os ou pour achever une désarticulation. Après la chute de la partie gangrenée, il se fait dans le moignon un travail de réparation qui aboutit à la cicatrisation (1).

Dans la gangrène survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde, le chirurgien doit-il intervenir? David, dans sa thèse citée plus haut, dit que le rôle du médecin doit consister à surveiller le travail de la nature et à chercher à relever les forces du malade.

Il cite à l'appui de son dire l'opinion de Victor François, qui d'après ses statistiques, s'oppose à l'amputation (2). Sur dix-huit cas de gangrenés, huit amputés, cinq morts et trois guéris; dix abandonnés à eux-mêmes, neuf guéris et un mort. Dumas (thèse de Paris, 1872), sur dix cas de gangrène typhoïde donne six morts et quatre guérisons. Peut-on tirer des conclusions d'après des statistiques portant sur un si petit nombre de cas? Nous donnons plus loin onze observations de gangrène typhoïde dans lesquelles l'amputation du membre inférieur a été faite et a donné d'excellents résultats; six de ces observations sont prises dans le thèse de David.

(1) David, thèse de Paris, 1883.

(2) *Essai sur les gangrènes spontanées*. Paris, Mons, 1832.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Alibert, thèse de Paris, 1828)

Jeune homme de dix-neuf ans, grand et fort, entre à l'hôpital Necker dans le courant de mai 1822 ; il est atteint d'une fièvre continue. Pendant sa convalescence, la gangrène se déclare à la jambe droite. Le dix-neuvième jour, tout espoir de conserver le membre est perdu. Amputation de la cuisse. Guérison.

Cette observation, pour nous, est très concluante. A une époque où la chirurgie était loin de posséder les ressources qu'elle a aujourd'hui, on a amputé avec succès un membre gangrené. Il est vrai que l'opération n'a été faite que lorsque tout espoir de conserver le membre a été perdu. Par suite, ce résultat n'en plaide que davantage en faveur de l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION II

(Adrien Fabre, *Gazette médicale*, 1851)

Jeune homme de dix-sept ans : fièvre typhoïde, gangrène du pied. Le malade refusant l'amputation, le travail d'élimination spontanée dure sept mois.

Il nous est difficile, en ce cas, de savoir quel résultat aurait donné l'amputation. Il nous paraît douteux, cependant, que le malade, par suite de l'opération, ait pu être exposé à des

dangers plus grands que ceux que pouvait lui occasionner une élimination qui dure sept mois. Les accidents septicémiques avaient le temps d'envahir un organisme débilité.

OBSERVATION III

(Clinique de Trousseau, 1863. Observation du D^r Blondeau)

Un jeune garçon de dix ans entre le 3 décembre 1847 dans le service de Bandelocque ; malade depuis le commencement de novembre, fièvre typhoïde (?), commencement de gangrène au pied droit ; treize jours après, la gangrène est limitée au pied. Amputation du pied, guérison complète.

OBSERVATION IV

(D^r Cauvy, d'Agde, *Montp. méd.*, 1871)

Jeune garçon de onze ans, atteint de fièvre typhoïde depuis le 25 octobre. 2 décembre, douleurs vives dans tout le membre inférieur gauche. 12 décembre, la gangrène envahit les deux tiers inférieurs de la jambe. 20 décembre, le sillon éliminateur se forme. Amputation de la cuisse au tiers inférieur. Guérison.

OBSERVATION V

(Bourdeau, *Archives méd. belges*, 1874, 2^e série)

V..., tempérament lymphatico-sanguin, bonne constitution physique, entre à l'hôpital de Bruxelles le 3 juin 1873. Fièvre typhoïde. Le 14, douleurs dans les deux pieds, les douleurs s'étendent aux jambes ; le 15 juillet, la gangrène devient

humide; le sillon d'élimination est formé à gauche; le 27 août, section des os de la jambe gauche; le 21 novembre, section des os nécrosés de la jambe droite; le 20 mai suivant, guérison complète.

OBSERVATION VI

(Debierre, thèse de Paris, 1877)

Bronchet, soldat, entre au Val-de-Grâce le 21 août 1877. Fièvre typhoïde, le 30 août, douleurs vives à la jambe droite. La gangrène se manifeste peu à peu; le 17 septembre le sillon d'élimination apparaît; le 19, amputation de la jambe au lieu d'élection. Guérison.

OBSERVATION VII

(Hôpitaux maritimes)

V... (Charles), vingt-deux ans, matelot canonnier, entre le 14 janvier 1890 à l'hôpital maritime de Toulon. Fièvre typhoïde, la gangrène se déclare au membre inférieur gauche; le 11 février, le sillon d'élimination se produit; le 9 mars, amputation au tiers inférieur de la cuisse; le 14 mai, le malade sort guéri.

OBSERVATION VIII

(Empruntée à la thèse du docteur Dicquemare, 1885)

Cazalon (Eugène) est apporté à l'hôpital militaire de Bayonne le 25 mai 1883, atteint de gangrène sèche des deux jambes. Cet homme, libéré du service militaire, arrive dans son pays le 8 novembre 1882, et douze jours après il a de la

fièvre avec délire et perte de connaissance pendant une vingtaine de jours; vers le 20 décembre, il a éprouvé des douleurs vives dans les membres inférieurs, où bientôt des points noirs ont apparu.

Le 21 janvier 1883 (le malade n'avait pas vu de médecin auparavant), on trouva les orteils des deux pieds racornis, desséchés, insensibles, d'une teinte violet foncé, presque noirs. La gangrène fit des progrès jusqu'au mois de mars, époque à laquelle elle s'arrêta vers le genou du côté droit et au-dessus de la partie moyenne de la jambe du côté gauche. A partir de ce moment, l'état général s'améliora et la fièvre tomba. Le sillon de séparation se forma et atteignit bientôt l'os. C'est dans cet état que le malade entre à l'hôpital militaire de Bayonne. La jambe droite est noire et desséchée. Un peu au-dessous du plateau du tibia, un sillon ulcéré et profond la sépare de la partie supérieure de la jambe. Les os sont fracturés. Le médecin-chef, M. Girard, détache facilement la jambe en lui imprimant quelques mouvements de va-et-vient. Un trait de scie régularise le fragment supérieur du tibia et du péroné. Pansement antiseptique.

La jambe gauche présente le même aspect que la jambe droite. Les os se sont fracturés. La jambe a été séparée du tronc de la même façon que la première. Comme à droite, pansement antiseptique.

Trois jours après, l'état du malade s'était amélioré, suppuration abondante des plaies. Pansement renouvelé tous les trois jours. Dans la première quinzaine d'août, le malade était dans un très bon état, une petite plaie superficielle existait sur chaque moignon. On appliqua des greffes épidermiques et, au mois d'avril 1884, Cazalon était complètement guéri.

OBSERVATION IX

(Emprunté à la thèse du docteur Dicquemare)

(Docteur Lereboullet)

Un jeune soldat entre au Val-de-Grâce avec les symptômes de la fièvre typhoïde. Neuf jours après, une douleur vive, profonde, provoquée par les mouvements, se déclare à la région externe de la jambe. La gangrène s'accuse et s'étend ; dix jours après l'apparition de cette douleur, elle se limite, occupant le pied qui est noir et desséché, les faces antérieures et externe de la jambe en s'arrêtant à deux travers de doigt de la tête du péroné et la partie postérieure jusqu'à un travers de main au-dessous de l'insertion du tendon d'Achille. On pratique l'amputation, après avoir exploré le membre et n'avoir trouvé aucune pulsation artérielle et aucune ondulation permettant de soupçonner l'existence d'un caillot.

L'amputation réussit et le malade guérit.

OBSERVATION X

(Docteur Valette, *Lyon médical*, 1876)

Une malade, âgée de dix-huit ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon. On diagnostique une fièvre typhoïde ; sept jours après, apparition d'une escharre à la région sacro-coccygienne. Un mois après, on constate des troubles cardiaques, souffle au premier bruit, et à la pointe le deuxième bruit est métallique. Des escharres apparaissent au niveau des deux trochanters ; sept jours après, la malade se plaint de douleurs siégeant dans la jambe droite, l'artère fémorale ne bat plus ; des taches violacées apparaissent sur la jambe, la gangrène du pied est chose faite ; un mois après, sacrum, trochanter, perinée, vulve,

présentent des plaques gangréneuses. Les souffrances sont terribles, on ampute ; la malade meurt quelques jours après sans hémorrhagie.

A l'autopsie, on constate que le pied est mortifié dans ses deux tiers antérieurs ; la ligne de démarcation pénètre dans les articulations des deux premières rangées, qui sont ouvertes. Les artères ont diminué de volume, mais pas de traces d'artérite.

Le cœur renferme un caillot jaunâtre, dans le ventricule gauche ; de ce caillot partent deux prolongements : un va vers les valvules sigmoïdes, l'autre vers l'orifice mitral ; les valvules sont saines. A la bifurcation de l'artère iliaque primitive, on trouve sur l'éperon un caillot gris, blanchâtre, adhérent aux parois de l'artère iliaque interne, tandis que sa moitié supérieure libre bouche, comme le ferait une soupape, l'iliaque externe.

OBSERVATION XI

(Dr Guyot, *Union médicale*, 1882)

Début de la fièvre, 27 décembre 1881.

Homme de vingt-cinq ans, terrassier ; fièvre typhoïde adynamique ; le douzième jour, début de gangrène spontanée de la jambe droite, les battements de la pédieuse et de la tibiale postérieure ont disparu. Amaigrissement extrême, battements cardiaques normaux ; toute la jambe est envahie par la gangrène. Le 27 janvier, apparition du sillon d'élimination en arrière. Le 28, amputation de la cuisse au tiers inférieur. Le 2 février, le malade va très bien, commencement de réunion par première intention. Le 3, le moignon saigne, on arrive trop tard pour arrêter l'hémorrhagie, le malade meurt.

A l'autopsie, on trouve un caillot dans la fémorale, remon-

tant à deux centimètres au-dessus de la ligature. L'hémorrhagie provenait d'une artériole de la partie postérieure du moignon. Les artères de la jambe amputée étaient bouchées par un caillot.

OBSERVATION XII

(Communiquée par M. Pistre, ex-interne des hôpitaux de Perpignan)

S... (Alexandre) entre le 2 septembre 1890 à l'hôpital civil de Perpignan. État général du malade très mauvais. Gangrène du pied datant du commencement du mois d'août. Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'alcoolisme ni de syphilis. La gangrène siège au niveau des trois premiers orteils du pied droit; le deuxième orteil est déjà tombé sphacélé. Le métatarsien correspondant est aussi atteint. La gangrène s'étend jusqu'à l'articulation médio-tarsienne, ni sucre, ni albumine dans les urines. Amputation de la jambe au lieu d'élection après chloroformisation; après l'opération, les artères du moignon restent béantes.

Ligature des artères dont les parois sont complètement dépourvues d'élasticité.

Au premier pansement, on voit des traces de sphacèle sur le moignon; comme on ne cache pas au malade la gravité du pronostic, il prend le parti de rentrer chez lui.

Plus de nouvelles depuis cette époque.

OBSERVATION XIII

(Rapport de M. Chauvel à la Société de chirurgie)

Gangrène des deux pieds chez un sujet diabétique et paludéen.— Amputation.
Guérison.

Homme de cinquante et un ans, pris d'un accès paludéen pernicieux à forme délirante, pour lequel on l'apporte à l'hôpital.

Pas de sucre dans les urines ; quatre mois après, il revient avec gangrène des deux pieds et glycosurie notable. L'amputation est pratiquée d'un côté et suivie d'une amélioration de l'état général et d'une diminution importante dans la quantité de sucre rendu. Ce résultat encourage le chirurgien à amputer l'autre pied ; le sucre disparaît rapidement après cette deuxième opération et le malade guérit.

Pour M. Demler, il s'agit là d'une gangrène survenue chez un cachectique paludéen et d'une glycosurie consécutive à la gangrène, ce que confirme la disparition rapide après l'amputation.

Il résulte d'ailleurs, des observations de M. Demler, que l'impaludisme et la glycosurie ne coïncident pas souvent. En présence d'un malade atteint de glycosurie et de gangrène, il faudra donc chercher avec soin si la glycosurie est primitive ou secondaire, s'il y a diathèse réelle ou apparence de diathèse, ce qui modifie singulièrement les indications opératoires.

M. Chauvet pense qu'on ne peut affirmer que la glycosurie n'ait pas ici précédé la gangrène ; en tout cas, l'observation est intéressante à cause de la disparition.

Après l'amputation, ce fait montre qu'il ne faut jamais désespérer en pratique, et que dans les plus mauvaises conditions même le tauma n'est pas toujours fatal chez le diathésique ; mais il fait ressortir l'obscurité qui couvre encore cette question.

Quelles sont les conditions qui font varier du mal au bien l'influence du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs ?

Par quel mécanisme les aggrave-t-il ?

Questions sans réponse, car les faits paraissent même contradictoires, suivant qu'il s'agit de tuberculeux ou de cancéreux. Les premiers meurent en effet souvent dans ces conditions de

manifestations tuberculeuses aggravées, tandis que chez les seconds la mort est due à des complications banales, comme la pneumonie bâtarde, par exemple (*Revue de chirurgie*, p. 503).

OBSERVATION XIV

P..., sabotier, trente et un ans, né à Gournès (Finistère); mère encore bien portante, père sain, mort à cinquante ans. Petite vérole et rougeole dans l'enfance. En avril 1884, fièvre intermittente qui dure quinze jours et se termine par des vomissements bilieux. Le 13 août 1884, douleur subite dans les reins, qui descend le long des reins et se fixe aux deux jambes et aux deux pieds. Trois ou quatre jours après, le médecin constate un sphacèle de la moitié de la jambe, de tout le pied gauche et de la moitié antérieure du pied droit. On prescrit à l'intérieur une potion opiacée et la décoction de quinquina, et on fait des applications de térébenthine liquide sur les parties sphacélées. En octobre, on désarticule ces parties. Guérison.

OBSERVATION XV

Un officier, après un séjour de quatre mois dans un petit poste des Pyrénées, s'aperçut que ses membres inférieurs étaient souvent glacés; puis il ressentit aux extrémités de l'engourdissement suivi de frissons et de bouffées de chaleur; son état empira rapidement, les fourmillements arrivèrent, et, après eux, la mortification des tissus, gangrène sèche des deux côtés, plus étendue à gauche qu'à droite. L'amputation de la jambe gauche devint nécessaire et se fit sans donner lieu à beaucoup d'écoulement de sang. Pendant la convalescence, un accès de fièvre intermittente se déclara, mais la guérison se fit sans encombre.

OBSERVATION XVI

Le sujet est un ancien gendarme de soixante-six ans, un peu alcoolique, et qui depuis vingt ans avait eu, à plusieurs reprises, des accès de fièvre tierce, lorsqu'il fut pris spontanément d'une gangrène de la peau à la partie inférieure de la jambe. L'urine, examinée au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, contenait 9 grammes de sucre par jour sur une quantité de 1,700 grammes. Un traitement général approprié, le repos absolu, les pansements phéniqués amenèrent peu à peu la guérison de la plaie laissée par la chute de l'eschare; mais la proportion du sucre n'avait guère diminué quand le malade quitta l'hôpital.

OBSERVATION XVII

(Verneuil, *Gazette des Hôpitaux*, 1880)

Thrombose et gangrènes multiples

Sujet jeune et sans antécédents syphilitiques ni scrofuleux, pas de trace de diabète, gangrené des extrémités; le sphacèle gagne de proche en proche jusqu'à l'articulation tibio-tarsienne.

Amputation au thermocautère sans effusion de sang.

Les six premiers jours, état excellent, température 38°, puis tout à coup signes d'une hémorrhagie interne, sphacèle des lambeaux.

Le malade succombe quelques heures après. A l'autopsie, les deux tibiales et la fémorale droite, à partir du canal de Hunter, sont thrombosées. L'estomac contenait un litre de sang noir, à la petite courbure deux ulcérations au centre desquelles apparaît un caillot oblitérant le vaisseau qui avait produit l'hémorrhagie.

OBSERVATION XVIII

Gangrènes spontanées du membre inférieur gauche chez un jeune homme de vingt-quatre ans (*Gazette des hôpitaux*, 1883)

Hôpital de la Charité, service de M. le professeur Gosselin.
État du malade, le 11 janvier : partie inférieure de la jambe gauche depuis trois travers de doigt au-dessus des malliotes, d'un aspect livide, ainsi que le pied et l'avant-pied ; les orteils sont d'un violacé noirâtre ; sensibilité et calorification modifiées.

Une zone rosée limite les parties saines ; l'état général s'améliore à mesure que l'état local s'aggrave.

Cet individu habitait une chambre humide et travaillait les pieds dans des terres mouillées et détrempées.

Il se nourrissait bien ; pas de cause appréciable de cette gangrène, pas de diathèse, pas de sucre ni d'albumine ; quant au système circulatoire, M. Berger a été conduit, par voie d'exclusion, à interpréter le fait par une artérite aiguë occasionnée par l'action prolongée du froid humide. La gangrène est circonscrite, ce qui rend le pronostic moins grave. Mais il reste encore les éventualités fâcheuses que peut faire naître le travail d'élimination. Les tissus mortifiés vont se dessécher et tomber en putrilage ; la suppuration va se faire sur les limites de la mortification ; la cicatrisation se fera lentement. Malgré cela, pour M. Berger, l'amputation est contre-indiquée ; la seule intervention chirurgicale, dit-il, consiste à hâter un peu les derniers temps de l'élimination par la section de l'os dont l'élimination spontanée demanderait un certain temps. En attendant, les modifications à remplir consistent à combattre les effets de la putréfaction par l'alcool et les antiseptiques, et les douleurs par des injections morphinées ; soutenir les forces, etc.

OBSERVATION XIX

Gangrène spontanée par diabète phosphatique (Docteur Cerné, de Rouen)

Homme de soixante et onze ans, maigre, diabétique, présentant à son entrée à l'hôpital une série de plaques gangréneuses multiples, survenues spontanément. Malade polyurique et phosphaturique ; ni sucre ni albumine.

Guérison lente et diminution progressive des phosphates.

OBSERVATION XX

(Docteur Mouton, de Cannes, *Gaz. méd.* 1886).

Gangrène sénile envahissante, limitée au gros orteil

Homme de cinquante et quelques années, assez vigoureux, sans cachexie cardiaque ni athérome.

Les orteils douloureux ont pris une teinte brunâtre. Ongles noirs. Teinte brunâtre sur le pied jusqu'aux malléoles.

Traitement général.— Reconstituants, régime tonique et varié. L'opium et le chloral calment les douleurs.

Traitement local.— Tout topique calmant est inutile ; bains d'eau froide locaux. Séjour du pied sous un robinet ouvert quand les douleurs augmentent. Au bout de quelques jours, douches en dard de cinq à six minutes jusqu'à six ou sept fois, et, concurremment, courants enduits une fois par jour.

Au bout de quatorze jours, le gros orteil devient plus noir et des phlyctènes apparaissent.

Pas d'incisions, encore moins d'amputation au-dessus de la partie atteinte, de peur que le traumatisme n'amène une manifestation plus centrale de la maladie, et que la gangrène ne gagne le membre.

Même traitement: Le gros orteil se décompose et un sillon d'élimination sépare la première phalange et les deux tiers de la seconde. — Cessation des bains. Traitement antiseptique. Six jours après, section de la partie gangrenée, ongle et os de la deuxième phalange, et chair disparus. Os de la première, dénudés de 9 à 10 ^m/_m. La plaie de limite de la gangrène guérit en quinze jours. Section de 4 à 5 ^m/_m de la longueur de la phalange, puis applications à plat de la lame du thermocautère, à trois reprises.

Quinze jours après, guérison.

OBSERVATION XXI

(Docteur Guyot, hôpital Baujon, *Union médicale*, 1882)
Cas de gangrène sèche, suivie de gangrène humide

Vieillard de soixante-dix-sept ans, atteint depuis plusieurs années de glycosurie légère et d'endocardite chronique. Gangrène de la jambe droite, précédée de douleurs très vives, mais calmées par la morphine. Au début (7 février), orteil violacé, disparition des battements de la pédieuse. Quelques jours plus tard, œdème de la jambe, envahie ensuite tout entière par la gangrène humide.

Traitement, uniquement composé de toniques et de calmants. Au commencement d'avril, la peau de la cuisse, à six centimètres au-dessus de l'articulation du genou, devient rouge et indique un travail d'élimination. Le 21 avril, on enlève la jambe en sectionnant les ligaments de l'articulation. Caillots dans les artères tibiale et pédieuse. Plaie remontant à quelques centimètres au-dessus des condyles du fémur, recouverts de leur cartilage d'une teinte noirâtre.

Soulagement immédiat après l'ablation du membre. Le 10 mai, M. Guyot juge toute intervention active dangereuse. Pansement à l'acide phénique et au chloral.

A la fin mai, la cicatrisation commence pour se terminer heureusement au mois d'octobre.

OBSERVATION XXII

(Communiquée par M. le docteur Forgue. — Malade payant, salle Saint-Joseph, n° 3. Ancien hôpital Saint-Éloi)

M. X..., trente-cinq ans, a contracté la syphilis en 1886 au Brésil.

Au mois d'août 1887, syphilis secondaire très grave. (Rhinite, arthropathies syphilitiques. Localisations cutanées, rebelles et abondantes.)

Depuis le mois de janvier 1888, le deuxième orteil du pied droit est devenu rouge et tuméfié.

Le 24 août 1888, le malade est obligé de s'aliter. (Au Brésil, diverses applications irritantes ont été faites sur l'orteil malade.)

Le 5 février, il s'embarque pour revenir en France.

Le deuxième orteil présente une eschare noirâtre, comprenant toute la troisième phalange et le dos de l'orteil, et s'étendant jusqu'à l'articulation phalango-phalanginienne. A ce niveau, sillon d'élimination granulant et présentant un putrilage blanc grisâtre; la face dorsale de la première phalange tuméfiée est très rouge et présente quelques petits points ulcéreux de la grosseur d'une tête d'épingle. La face plantaire de la première et de la deuxième phalange est rouge et infiltrée, montrant au niveau des plis digito-plantaires trois ulcérations, dont l'une a 5 ^m/_m de long sur 2 ^m/_m de large.

Le 24 mars 1889, désarticulation par le procédé à raquette, en réséquant la moitié du métatarsien.

Le 5 avril, en faisant le pansement, on trouve à la plante du pied une large phlyctène. L'épiderme est soulevé par du

sang noir, mais le malade avoue avoir posé le pied à terre.
(Ce fait montre la fragilité des vaisseaux chez les athéromateux.)

Sort guéri.

OBSERVATION XXIII

Hôpital Saint-Martin, 1884 (communiquée par M. le docteur Forgue)

X..., vingt-cinq ans, sergent, convalescent de fièvre typhoïde au quarantième jour.

Présente à ce moment une endartérite oblitérante de la fémorale. La pédieuse ne bat plus, et tout le membre se refroidit et devient livide. On redoute une gangrène massive du membre inférieur, et on enveloppe le membre dans la ouate aseptique.

En ouvrant le pansement, on trouve un sillon d'élimination creusé à la plante du pied, qui en quelques jours enlève toute la semelle.

On panse avec de la gaze iodoformée, et on se décide à faire des greffes épidermiques.

Les greffes réussissent très bien et le malade sort guéri.

OBSERVATION XXIV

(Société de chirurgie. — Séance du 14 octobre 1885. — Observation du docteur Bruch, d'Alger)

Cultivateur espagnol, complexion robuste, tempérament nerveux, cinquante-cinq ans.

Est atteint depuis dix ans de fièvre paludéenne et de rhumatismes. Pas de diabète.

Première amputation du gros orteil droit pour gangrène spontanée.

Gangrène du gros orteil gauche et du pied jusqu'au tarse inclus.

Amputation du lieu d'élection par lambeau postérieur.

Gangrène du lambeau.

Deuxième amputation au tiers inférieur de la cuisse.

Guérison en neuf jours. Toutes les artères sont athéromateuses.

OBSERVATION XXV

(*Gazette des hôpitaux*, septembre 1890)

M. Reynier, facteur des postes, âgé de cinquante-cinq ans.

Il y a dix ans, douleurs articulaires disparaissant sans traitement. Pas de syphilis.

Au mois d'octobre 1889, les douleurs reparaissent, excepté au pied gauche.

Vers le 20 mars, le pied gauche enfla et devint rouge. (Pas d'écorchure antérieure.)

Badigeonnage à la teinture d'iode ; le gonflement disparaît. Une semaine après, au niveau de la quatrième articulation métatarso-phalangienne gauche, apparition d'une tache violacée, qui s'étend peu à peu. Ulcération au bout de quelques jours.

Compresses d'eau phéniquée.

Les deux derniers orteils prennent une teinte violacée, et le malade entre à l'hôpital Tenon.

Le malade est abattu, anxieux.

Pas d'alcoolisme, d'ataxie, de néphrite ni de diabète.

Pas de sucre ni d'albumine. Artères un peu athéromateuses. Rien au cœur.

Pied gauche oedématié. Les deux premiers orteils sont violacés et peu sensibles, les trois derniers sont noirâtres et

complètement insensibles. L'épiderme se détache facilement. A leur niveau, sur la face dorsale, plaques noires de sphacèle limitées par un contour convexe vers la jambe. Sensibilité abolie au niveau de la plaque. Sur la limite du sphacèle existe un sillon très net avec suintement séro-sanguinolent. Ulcérations.

Dans les orteils sphacelés, douleurs vives et continuelles.

Membre gauche atrophié.

Pansement au salicylate de bismuth.

A l'intérieur, 4 grammes de chloral pendant la nuit en deux fois.

Au bout de huit jours, l'eschare paraît limitée.

L'élimination commence, les douleurs ont diminué.

A la fin mai, les douleurs ont reparu. Les eschares se détachent. Les trois derniers orteils sont momifiés. La destruction des tissus s'avance vers l'articulation tibio-tarsienne.

Eschares au sacrum et au niveau du tibia.

Diagnostic. — Gangrène par artérite.

Amputation le 14 juin par lambeau externe, un peu au-dessous du lieu d'élection. Bande d'Esmarch. Ligature des artères.

DISCUSSION

I

Que devons-nous penser du résultat de ces observations? Quelles conclusions devons-nous en tirer? Nous ne connaissons pas évidemment tous les cas de gangrène typhoïde qui ont pu donner lieu à une intervention chirurgicale. Il y en a eu de malheureux, témoin le cas de cet homme de vingt-cinq ans cité à l'observation XI. Eh bien! malgré cela, le D^r Guyot considère l'amputation comme indiquée en semblable circonstance. Elle a été faite au moment voulu, dès que la gangrène a été limitée, mais l'individu était profondément débilité et il est encore possible que, si l'on était arrivé à temps pour arrêter l'hémorrhagie interne qui a emporté le malade, on l'eût sauvé. Nous ne sommes pas du même avis que M. le D^r Davy lorsqu'il prétend que le rôle du médecin doit consister à surveiller le travail de la nature. Nous voulons une intervention plus active et, comme les docteurs Guyot et Dicquemare, nous sommes d'avis que, dans la gangrène typhoïde, on doit amputer le membre atteint dès que la nature l'indique elle-même, c'est-à-dire dès que le sillon d'élimination est formé. Les anciens amputaient chaque fois qu'il y avait sphacèle, mais aujourd'hui les uns amputent, les autres veulent attendre.

II

On s'est demandé pendant longtemps s'il fallait amputer un membre atteint de gangrène spontanée. Deux opinions sou-

levées et des plus autorisées, se sont aussitôt trouvées en présence. Pourquoi conserver un membre désormais inutile, exhalant une odeur infecte, pendant plusieurs mois ? Ne vaut-il pas mieux substituer une cicatrice régulière à la cicatrice mince et fragile qui suit l'élimination spontanée. Enfin, ne faut-il pas tenir compte des dangers auxquels on expose un malade en l'obligeant à absorber des liquides septiques ? Telle est l'opinion des premiers.

Mais, objectent les autres, il s'agit de conserver l'existence d'un malade. Le repos prolongé n'est rien à côté de cette considération ; quant à la cicatrice, il vaut mieux vivre avec une cicatrice irrégulière, que succomber avec un moignon bien fait. Quant aux liquides septiques, l'absorption ne s'en fait pas plus pendant la période d'élimination, puisque les tissus sphacelés sont séparés des tissus simples par le sillon de démarcation, qu'après l'amputation du membre.

Quel est le meilleur moyen pour juger avec impartialité ? N'est-ce pas la statistique ? Sur toutes les observations que nous citons, il n'y a guère que deux ou trois cas d'insuccès, et nous pourrions opposer avec raison, il nous semble, à ceux qui veulent attendre l'élimination spontanée (puisque les uns et les autres ne nous fournissent aucune raison probante en faveur de leurs affirmations), que les cas d'insuccès, nombreux du reste, qu'ils rencontrent en agissant ainsi, n'auraient peut-être pas eu lieu s'ils avaient opéré leurs malades.

III

A la Société de chirurgie, dans la séance du 28 janvier dernier, la discussion a porté sur l'intervention chirurgicale dans les gangrènes spontanées. M. Reynier parle de l'observation présentée par M. Schmidt. C'est l'observation d'un jeune soldat qui, à la suite d'une érysipèle de la face, fut atteint de

gangrène limitée de la jambe droite. Un mois après l'apparition de l'érésipèle, symptômes de gangrène à la jambe. Le sillon se produit à 6 ou 8 centimètres de la rotule. Amputation à ce niveau en régularisant simplement les parties molles suivant le procédé de Larrey. Les téguments sont unis par des points de suture. Suppuration légère. Le septième jour, broncho-pneumonie à droite, puis à gauche. Le vingt-quatrième jour, pleurésie purulente se terminant bientôt après par une vomique abondante. Le malade va mieux, le moignon est bon, le genou à angle droit.

M. Schmidt se demande s'il fallait faire l'amputation de la cuisse ou l'opération de Larrey, au risque de se rapprocher trop du foyer gangréneux. Cette manière d'agir lui a paru préférable et a réussi. Il y a eu endartérite. L'autopsie du segment amputé n'a pas révélé de caillot obturateur. Dans ce cas, n'était-il pas plutôt indiqué de se reporter plus haut. Le diagnostic de la cause en pareil cas est difficile, sinon impossible. Une précaution importante consiste à ne pas employer la bande d'Esmarch, pour éviter tout refoulement de matières septiques ou du caillot.

M. Reclus, dans plusieurs cas de gangrènes séniles, a laissé évoluer le sphacèle et s'est borné à séparer le mort du vif en sciant seulement les os, après avoir refoulé les parties molles vivantes. Il parle ensuite des gangrènes traumatiques dans lesquelles, dit-il, il faut se dispenser de pratiquer l'amputation immédiate, et se contenter d'embaumer, pour ainsi dire, le membre broyé. Il conseille son procédé d'embaumement pour toutes les gangrènes.

M. Quénu est d'avis qu'on embaume les membres atteints de gangrène sèche, mais non ceux atteints de gangrène humide.

Dans le cas d'un jeune homme de dix-huit ans, atteint de gangrène humide à la suite d'endartérite infectieuse de

l'artère fémorale, il amputa la cuisse et, le soir même, le malade ne souffrait plus, alors qu'avant l'opération l'état général était des plus graves. Le sixième jour, la plaie était réunie par première intention.

M. Quénu dit avec juste raison qu'il ne faut pas confondre les gangrènes avec les grands traumatismes, et qu'il faut distinguer les gangrènes avec putréfaction des gangrènes sans putréfaction.

M. Routier a pratiqué l'amputation chez un vieux nègre atteint de gangrène des deux pieds, et le malade a guéri.

M. Reclus est d'accord avec M. Quénu pour distinguer les diverses variétés de gangrène, et n'a eu en vue que les gangrènes limitées; mais il en revient aux gangrènes traumatiques.

Pour M. Berger, élevé dans la doctrine du Compendium et des classiques, pendant les dix premières années de sa pratique chirurgicale, il a attendu que l'élimination se fit par la nature. Aujourd'hui le pronostic des amputations est moins grave qu'il ne l'était alors. Dans les gangrènes par embolie, chez les jeunes sujets, il croit qu'il faut embaumer le membre dans des compresses d'alcool, et le recouvrir de poudres absorbantes. Lorsque le sillon d'élimination est formé, il a refoulé à la rugine les parties vivantes, et a sectionné les os. Deux fois dans sa pratique, cette méthode a été mise en usage. Chez un homme de quarante ans, une fois les deux premiers orteils furent atteints de sphacèle. M. Verneuil a amputé; guérison. Un an après, les mêmes accidents se produisent sur l'autre pied. Amputation; guérison. Cette année, au mois d'août, nouvelles douleurs dans la jambe primitivement atteinte, eschare atteignant progressivement le tiers inférieur de la jambe. Amputation de la jambe au lieu d'élection; guérison.

Comme conclusion, M. Berger pense que, si l'embaument préconisé par M. Reclus, est excellent dans les formes

sèches, dans les cas urgents on peut amputer, même au voisinage du foyer de sphacèle.

M. Lucas Championnière pense que, dans certains cas, on peut attendre, mais que dans d'autres il faut savoir intervenir de bonne heure.

M. Bazy a amputé d'urgence un malade atteint de gangrène spontanée. La section porta en plein sur les foyers gazeux. Le pansement resta ouvert. Guérison.

M. Quénu remet la question à l'état où elle devait être. Il trouve qu'on confond dans une même histoire les gangrènes traumatiques et les spontanées. Il faut restreindre la question au traitement de ces dernières et les diviser en sèches et humides pour lesquelles il préconise l'amputation.

M. Verneuil dit que M. Lucas Championnière fait bien de ne pas poser de loi générale. Il faut diviser les gangrènes en traumatiques, les unes mécaniques, les autres infectieuses, et en spontanées, sèches ou humides.

En somme, dans cette discussion de la Société de chirurgie, les savants admettent, en principe, la nécessité de l'intervention chirurgicale dans la gangrène spontanée. Maintenant doit-on pratiquer l'amputation ou se borner à couper les membres au point de délimitation entre les parties saines et les parties mortes ? La question n'est pas nettement tranchée. On a obtenu des succès avec les deux méthodes. Nous croyons qu'on ne peut pas établir de règles à ce sujet. Mais le point essentiel nous semble être la nécessité de l'intervention. Nélaton et Follin se rangent à l'opinion des auteurs du *Compendium de la chirurgie pratique*, Bérard et Denonvilliers. Ils formulent les règles suivantes :

1° L'amputation débarrasse immédiatement les malades d'un membre mort qui, sans cela, doit rester uni au corps pendant plusieurs mois ;

2° Par l'amputation, on a un moignon régulier recouvert

d'une cicatrice linéaire; tandis qu'à l'élimination spontanée succède une plaie très inégale, du centre de laquelle s'élèvent les os recouverts d'une cicatrice mince;

3° Le danger de l'amputation, quelque grand qu'il soit, ne peut être comparé à celui qui menace à chaque instant le malade abandonné aux efforts de la nature et livré aux funestes conséquences d'une suppuration abondante et de l'absorption continuelle des liquides septiques fournis par les parties gangrenées.

Les progrès de la méthode antiseptique peuvent aujourd'hui permettre l'amputation, qui n'est plus une opération aussi désastreuse qu'autrefois. Et, dans certains cas, comme celui du malade cité dans l'observation XXI, nous pouvons croire que la cicatrisation, si l'amputation avait pu être pratiquée, n'aurait pas duré aussi longtemps que l'élimination spontanée du membre.

CONCLUSIONS

Nous trouvons donc dans le traitement des gangrènes spontanées deux périodes bien distinctes :

1° Dans la première période, période de début de la gangrène, le rôle du médecin doit être l'expectative, en s'aidant des moyens antiseptiques qu'il a à sa disposition et des reconstituants que réclame la marche de la maladie.

2° Dans la seconde période, celle de la gangrène conformationnée, l'intervention chirurgicale devient nécessaire, à partir du moment où le sillon d'élimination est établi entre les parties saines et les parties mortes.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BENI. — Thèse de Paris, 1867.
BOUILLET (Docteur). — Montpellier médical, 1886-87.
DAVID. — Thèse de Paris, 1883.
DEBOVE. — Union médicale, 1880.
DESPRÈS. — Gaz. des hôpitaux, 1883.
DICQUEMARE. — Thèse de Montpellier, 1885.
CERNÉ. — Association française. Rouen, 1883.
GUYOT. — Union médicale, 1882.
MOUTON. — Gaz. médicale, 1886.
POTAIN. — Gaz. des hôpitaux, 1882.
Progrès médical, 1888.
Revue de chirurgie, 1883.
Semaine médicale, 1891.
SOURIER. — Gaz. des hôpitaux, 1880.

Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 9 mai 1891.
Le Recteur de l'Académie,
GÉRARD.

Vu et approuvé:
Montpellier, le 8 mai 1891.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!
